

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

726

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(*Mention Médecine*)

PAR

Szaja Boruch ALPERT

Né le 15 Février 1910, à Varsovie (Pologne).

Les Concomitances Morbides chez les Psoriasiques

Travail du service de M. le Docteur WEISSENBACH,
à la Policlinique Ravaut (Hôpital Saint-Louis)

Président : M. GOUGEROT, Professeur.

PARIS

JOUVE & C^e, EDITEURS

15, Rue Racine, 15

1936

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(*Mention Médecine*)

PAR

Szaja Boruch ALPERT

Né le 15 Février 1910, à Varsovie (Pologne).

Les Concomitances Morbides chez les Psoriasiques

Travail du service de M. le Docteur WEISSENBACH,
à la Polyclinique Ravaut (Hôpital Saint-Louis)

Président : M. GOUGEROT, Professeur.

PARIS

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, Rue Racine, 15

1936

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	GRÉGOIRE.
Clinique urologique	LENORMANT.
	TERRIEN.
Clinique d'accouchements	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique gynécologique	COUVELAIRE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	JEANNIN.
Clinique thérapeutique médicale	MOCQUOT.
Clinique oto-rhino-laryngologique	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	RATHERY.
Clinique propédeutique	LEMAITRE.
Clinique de la Tuberculose	Pierre DUVAL.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	SERGEANT.
	BEZANÇON.
	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	GALLIARD Parasitologie.
BERNARD (Étienne) Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BEZANÇON	DE GAUDART D'ALLAINES. Patholo-
(Justin) Hydrologie.	gie chirurgicale.
BOULIN Pathologie médicale.	GAYET Physiologie.
BULLIARD Histologie.	GIROUD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.	HAGUENAU .. Pathologie médicale.
CHEVALLIER . Pathologie médicale.	HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
DOGNON Physique.	HAZARD Pharmacologie.
FEY Urologie.	HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
	JOANNON ... Hygiène.



II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
 LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LEVY . Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING ... Anatomie pathologique. }

MM.
 PETIT-DUTAILLIS .. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.
 ABRAMI.
 ALAJOUANINE.
 AUBERTIN.
 BRULÉ.
 CHABROL.
 CHIRAY.
 DONZELOI.
 DUVOIR.
 HARVIER.
 LIAN.
 PASTEUR VAL-
 LERY-RADOT.
 SÉZARY. }

Clinique médicale.

MM.
 BASSET.
 BROCC.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 HEITZ-BOYER.
 MOURE.
 QUENU.
 SCHWARTZ.
 VELTER. }

Clinique chirurgicale.

MM.
 ECALLE.
 GUENIOT.
 LE LORIER.
 LEVY-SOLAL.
 METZGER. }

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 WEIL-HALLE Puériculture.
 RUPPE Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PERE, A MA MERE

*Affectueux sentiments de gratitude
pour le dévouement et sacrifices qu'ils
n'ont cessé de me prodiguer.*

A MES FRERES

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

Professeur de Clinique des Maladies Cutanées et Syphilitiques
de la Faculté de Médecine de Paris.
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

*Qui nous a fait le grand honneur de
présider notre thèse.*

*Hommage de notre respectueuse
gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEVY-FRANCKEL

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.
Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.
Assistant à l'Hôpital Saint-Louis.

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse et nous a aidé de ses précieux
conseils.*

*Hommage respectueux de notre re-
connaissance.*

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES
HOPITAUX DE PARIS

INTRODUCTION

Le psoriasis, bien que cliniquement parfaitement connu, présente encore un sérieux problème au point de vue étiologique et pathogénique. Les nombreuses hypothèses émises par divers auteurs, tant en France qu'à l'étranger, n'ont pas permis de déterminer avec certitude la nature de cette dermatose.

Devant l'inconnue que représente encore la nature du psoriasis, ne pourrait-on pas, en s'appuyant sur la coexistence, chez les sujets qui en sont atteints, d'autres manifestations morbides, cutanées ou non, chercher, dans la fréquence plus ou moins grande de ces manifestations, un fil conducteur ?

Il nous semble que cette question est d'actualité surtout à cause des recherches de JAUSION, qui a noté la fréquence des manifestations mycosiques chez les psoriasiques et en a conclu, que cette dermatose était une manifestation seconde d'une mycose, tantôt en évolution, tantôt révolue.

Nous nous proposons de diviser ce travail en quatre chapitres :

1°) Coexistence du psoriasis avec des maladies cutanées.

2°) Coexistence du psoriasis avec des manifestations ostéo-articulaires.

3°) Coexistence du psoriasis avec des manifestations viscérales.

4°) Héritéité du psoriasis.
et de terminer cette étude par des conclusions générales qui en découleront.

I. COEXISTENCE DU PSORIASIS AVEC DES AFFECTIONS CUTANÉES

A. Gale.

SAMBERGER, pour qui un psoriasique est un sujet atteint de ce qu'il appelle « diathèse parakératosique », n'a jamais constaté l'existence de la gale chez un individu porteur de psoriasis. Pour lui toute espèce d'irritation (externe, interne, toxique, infectieuse) se traduit chez les psoriasiques uniquement par une poussée nouvelle d'éléments érythémato-squameux. L'observation de LAURENT semble confirmer l'opinion de SAMBERGER. C'est l'histoire de 4 jeunes gens, dont un psoriasique, qui ont contracté la gale de l'un d'eux. Le psoriasique n'a pas fait de la gale, mais une éruption de plaques psoriasiques. Les nombreuses observations que nous avons recueilli dans la littérature dermatologique s'opposent à cette manière de voir.

C'est HALLOPEAU et TEISSEIRE qui, les premiers, signalent chez un psoriasique une gale typique, accompagnée, il est vrai, par une poussée nouvelle de psoriasis. MENZEN a vu sur 1.000 psoriasiques, 5 gales, LÉVY-FRANCKEL, discutant le cas LAURENT, rapporte l'histoire d'un étudiant en médecine psoriasique, qui a fait une gale. NOEL en cite un cas analogue.

Les observations de DELLING, BALLINA, ALVARADO et BASSOMIRO, ainsi que celle de PARL ne laissent aucun doute sur la possibilité des associations du psoriasis avec la gale.

Nous ne voulons pas nous étendre sur cette question et nous nous bornons seulement de constater, sans en tirer aucune déduction pathogénique, que la gale peut se manifester chez le psoriasique sous sa forme habituelle.

B. Pyodermites.

SAMBERGER, toujours en raison de sa « diathèse parakératosique » n'admet pas la coexistence de pyodermes chez les psoriasiques. Si un impétigo, par exemple, se développe chez un tel sujet, c'est que la période de diathèse est de moindre intensité. WORONOFF appuie l'hypothèse de SAMBERGER en ce sens, qu'il rapporte 7 cas de guérisons du psoriasis à la suite d'une furonculose.

Tout le monde n'est pas du même avis. WARTERMANN, après des observations prolongées et méthodiques et s'appuyant sur ses statistiques, ne peut pas confirmer les opinions de SAMBERGER et de WORONOFF.

HELMUT PARL oppose à l'hypothèse de SAMBERGER des faits caractéristiques. D'après ses données, sur 500 psoriasiques, 99 avaient eu des pyodermes diverses, 28 se sont présentées avec les deux affections simultanément aux consultations. Il publie en plus

12 observations de pyodermite chez des psoriasiques en activité. PARL a fait aussi des inoculations à microbes pyogènes chez 10 malades porteurs de psoriasis; il constate chez 5 d'entre eux des pyodermites différentes. Les 5 autres inoculés n'ont fait aucune réaction, ni pyodermite, ni psoriasis.

HUET, KEDROFF rapportent deux cas avec furonculose. Le malade de HUET fait d'abord des furoncles sur lesquels apparaissent des plaques psoriasiques. Celui de KEDROFF est déjà psoriasique depuis 4 ans et fait une furonculose en dehors et sur les éléments érythémato-squameux.

PERRIN et VRETAKISS ont vu chez un enfant âgé de 2 ans et demi des lésions d'impétigo bilatéral du tronc et de la face. A la suite d'injections d'anatoxine, un psoriasis typique se manifeste au cours de l'impétigo.

De même MILIAN, PERRIN et MASSOT constatent chez une petite malade de 10 ans, de l'intertigo à streptocoque 15 jours après l'apparition du psoriasis. Il est difficile d'interpréter ces cas.

C. Pelade et Alopécies.

SABOURAUD considère, que l'association pelade-psoriasis n'est pas rare. Il estime que ces coexistences sont tellement frappantes, qu'il ne peut pas les regarder comme de simples coïncidences. Ses statistiques relèvent un péladique sur 40 psoriasiques; les lésions

psoriasiques sont habituellement de peu d'importance chez les péladiques.

Le premier qui révéla à SABOURAUD cette association était un officier de marine, qui portait à la fois un psoriasis tenace, une pelade non moins rebelle et de plaques de lichen plan corné des jambes.

STUMPKE raconte l'histoire d'un jeune garçon psoriatique, peladique et acromégalique à la fois. LÉVY-FRANCKEL, JUSTER et CONTENOT ont trouvé sur 162 psoriasiques, 5 alopecies et d'autres troubles du système pileux. Fox a communiqué l'observation d'une jeune fille psoriasique, dont les placards érythémato-squameux étaient d'intensité modérée, avec trois placards d'alopecia areata de dimensions diverses. De tendance rebelle, l'alopecie se couvre, après traitement des éléments squameux de psoriasis. PURCKHAUER publie un cas analogue.

VOHWINKEL a présenté un homme de 53 ans à hérédité tuberculeuse, chez qui le traitement à la chrysarobine, fait disparaître le système pileux du corps entier. D'après VOHWINKEL, et nombreux autres auteurs, l'alopecie devrait être attribuée aux troubles endocriniens.

D. Vitiligo.

L'association du psoriasis avec le vitiligo n'est pas fréquente. HALLOPEAU a signalé deux cas où le psoriasis a laissé des achromies persistantes. Plus récemment BLUM et BRALEZ ont émis l'idée d'après laquelle

le vitiligo serait une cicatrice d'une lésion érythémateuse antérieure. Le cas de BERON confirmerait cette opinion. Il s'agit d'un garçon de 10 ans, porteur d'un goître et de psoriasis, chez qui, après un traitement héliothérapique, apparurent des placards vitiligineux succédant aux éléments psoriasiques guéris. De même un des malades de BETTMAN présente un vitiligo après un traitement à la chrysarobine. Ces cas indiqueraient donc que le vitiligo succède au psoriasis, ce qui n'est pas exact. En effet, un autre malade de BETTMANN atteint depuis 10 ans de vitiligo fait un psoriasis typique. Nous avons personnellement observé un malade de 30 ans, porteur de vitiligo depuis 1922 sur les membres et le tronc, manifester deux ans après un psoriasis. TROXELL a publié l'observation d'un garçon de 12 ans, chez qui il note un vitiligo des membres inférieurs; deux ans après, des plaques de psoriasis se greffent sur celles de vitiligo tout d'abord, et ensuite sur le cuir chevelu et le corps tout entier. Le vitiligo peut se déclarer simultanément avec le psoriasis.

Les observations de KINGSBURY, DU CASBEL, NEUMAN, LEDERMAN en font foi. Le malade de KINGSBURY est syphilitique; celui de LEDERMAN a des troubles endocriniens, ce qui fait penser à l'auteur, qu'il y a relation entre vitiligo et troubles endocriniens.

E. Naevi.

Nous n'avons trouvé que trois observations relatives à la coexistence du psoriasis et de naevi. NICOLETTI a observé un naevus de PRINGLE chez un psoriasique; BETTMAN a vu un psoriasique, porteur par surcroît de vitiligo et d'un naevus. Enfin MENZEN note un naevus seulement sur 1.000 psoriasiques. Nous publions ci-dessous 6 observations nouvelles, en résumé bien entendu, que nous devons à l'extrême obligeance de M. le Docteur LÉVY-FRANCKEL.

OBS. I. — Mme V. A..., 43 ans. Naevus verruqueux de la face et des lobules des oreilles. Sur les deux jambes, placards de psoriasis.

OBS. II. — M. L. G..., 17 ans 1 2. Psoriasis circoné à la figure, datant de l'âge de 17 ans. Naevus pigmentaire café au lait, gros comme 5 francs, au-dessus et à gauche de l'ombilic.

OBS. III. — M. B. R..., 37 ans. Psoriasis généralisé datant d'un mois. Naevus plan en lentille sur l'abdomen.

OBS. IV. — Mme P. V..., 31 ans. Psoriasis généralisé. Apparition d'un angiome tubérien à l'épaule gauche, 4 mois après institution d'un traitement au psoréthane.

OBS. V. — M. L. J..., 35 ans. Psoriasis datant de l'âge de 21 ans. Naevus vasculaire de la joue droite, congénital.

OBS. VI. — M. H. J..., 57 ans. Psoriasis depuis 20 ans. Naevus pigmenté de couleur chocolat au-dessus de la région inguinale gauche avec de nombreuses taches rubis, 5 environ, sur la région sus-ombilicale.

Nous nous permettons d'attirer l'attention sur l'observation IV, la plus intéressante à notre sens, mais son interprétation comme celle des autres cas est très difficile.

F. Lichen ruber plan.

Cette dermatose, dont l'étiologie est inconnue, ne se voit pas souvent chez les psoriasiques. GOTTHEIL est l'un des premiers à signaler un cas ayant trait à un vieux psoriasique, chez qui apparurent des éléments de lichen plan sur le dos des mains, bras et membres inférieurs. LA MENSA rapporte une observation de lichen plan se déclarant chez un psoriasique à la face et au cou. Le diagnostic difficile à faire a été vérifié par la biopsie.

La malade de RISTENBERG, vieille psoriasique, présente un lichen plan, qui semble mettre en second plan les lésions psoriasiques. On a vu aussi le lichen plan se manifester chez des psoriasiques à la suite de l'administration des composés arsenicaux ou même de sels d'or. GOUGEROT et BURIN, HUFSCHMIDT ont communiqué des observations à ce sujet. PERKEL et ses collaborateurs ont observé un curieux cas où le lichen se déclara à la suite des couches chez une jeune femme de 25 ans. Viennent ensuite WILLIAMS, MILBRADT avec des observations de coexistence de lichen plan et psoriasis. L'interprétation de ces cas est encore difficile. Pour JAUSION, le lichen plan,

comme le psoriasis, est d'origine mycosique. Ce sont des manifestations d'allergie mycosique. Il prouve cette origine en faisant à 7 malades des intradermo réactions trycho-épidermophytiques avec 7 résultats positifs. On ne peut pas se prononcer pour l'instant sur la signification de l'association du lichen avec du psoriasis. En ce qui concerne l'hypothèse de JAUSION, le nombre peu élevé de ses observations, ainsi que l'absence de faits analogues dans la littérature ne nous permet pas d'en tirer des conclusions définitives.

G. Mycoses.

SULTMANN dans son travail « Ueber die mycotische Natur des Psoriasis » soutient que cette dermatose (érythémato-)squameuse aurait des origines mycosiques. JAUSION et ses élèves, reprennent l'étude du psoriasis au point de vue mycosique et affirment que cette étiologie trouve confirmation dans l'expérimentation. En faisant des intradermo-réactions à ses psoriasiques avec de micotoxines, JAUSION constate sur 138 malades, 81 % de réactions positives. Employant des toxines spécifiques, il arrive même à déterminer l'agent mycosique en cause et c'est ainsi que :

58 % réagissent à l'épidermophyton.

18 % réagissent au microsporidon.

5 % réagissent au trichophyton.

Nous nous sommes efforcés de voir quelle est la

fréquence des coexistences du psoriasis avec les mycoses et nous pouvons affirmer qu'elle n'est pas grande.

JAUSION et GUILLAUD-VALLÉ notent sur 54 psoriatiques, 37 porteurs de mycoses diverses. DELLING rapporte l'observation d'un psoriatique atteint de gale et porteur d'une trichophytie superficielle. Fox a vu un malade psoriatique faire un myocis fongoïde. BENEDEK trouve dans le sang d'un psoriatique le *saccharomyces hominis*. La littérature dermatologique n'enregistre plus des faits de coexistence de mycose avec psoriasis.

Nous avons personnellement essayé d'établir la fréquence du psoriasis chez les teigneux. Les statistiques du service LAILLER de l'Hôpital St-Louis sont formelles.

L'examen général des nombreux enfants teigneux n'a jamais révélé la présence du psoriasis chez eux. Devant ces faits et la rareté des observations de la coexistence mycose-psoriasis, nous croyons plus équitable de ne pas encore conclure à ce sujet, bien que de sérieuses objections sont déjà accumulées. Quant aux résultats encourageants que JAUSION obtiendrait avec les « clasines » spécifiques, rien ne prouve que les effets favorables ne sont pas dûs à la vaccino ou colloïdothérapie non spécifique. Nous avons vu quelques malades psoriatiques, traités par M. LÉVY-FRANCKEL par des injections intradermiques et sous-cutanées de sérum anti-diphthérique, blanchir et se débarrasser promptement de leurs plaques de pso-

riasis. Ceci ne nous autorise pas à dire, que le psoriasis relève du bacille de LÖFFLER ou de ses toxines.

H. Pityriasis rubra pilaire.

Le Pityriasis rubra coexiste rarement avec le psoriasis.

HUDELO et ses collaborateurs ont observé un jeune garçon de 10 ans qui, trois mois après le diagnostic de pityriasis, présentait des lésions de psoriasis typique. GAY PRIETO rapporte un cas analogue.

MALCOM MORRIS communique un cas de pityriasis se déclarant après le psoriasis et suivi d'accidents ostéo-articulaires. WIGLEY, par contre a vu une jeune fille atteinte primitivement de pityriasis suivi de psoriasis. Un cas analogue avait été présenté par GRAHAM LITTLE, qui ne croit pas que ces deux dermatoses aient quelque chose de commun.

Pour CRISTI ces deux dermatoses dépendraient d'une constitution analogue ou d'une même façon de réagir de la peau. Brocq pense qu'il n'y aurait pas lieu de s'étonner de cette coexistence, si l'on admettait leur origine parasitaire commune, ou non. En ce qui concerne l'origine parasitaire commune, il faut se demander pourquoi le même parasite produirait deux sortes de lésions rapprochées en quelque sorte par leur aspect externe, mais si différentes au point de vue caractères généraux.

I. Lupus érythémateux.

Cette association n'est pas fréquente. MENZEN note 2 lupus sur 1000 psoriasiques. AUDRY, MARGAROT, O'LEARY et GOECKERMANN signalent chacun un cas. LOUSTE et LÉVY-FRANCKEL ont présenté une femme de 43 ans atteinte de lupus érythémateux à la région occipitale droite avec des lésions psoriasiques. Avec les 3 observations de SCHAUMAN nous voyons que 9 observations seulement ont été communiquées pour cette coexistence, ce qui prouve sa rareté.

J. Tuberculides.

Aussi rares que le lupus érythémateux chez les psoriasiques. Nous n'en avons relevé que 5 cas.

LÉVY-FRANCKEL en a observé deux cas. L'un concerne une femme de 28 ans, chez qui apparurent des ulcérations tuberculeuses cratéiformes des membres inférieurs et un psoriasis caractéristique aux faces d'extension des membres. L'autre cas est relatif à une jeune fille de 17 ans avec un érythème noueux et psoriasis des coudes. JACOB dans sa thèse sur les rapports de la tuberculose et psoriasis rapporte deux cas : le premier d'une tuberculose verruqueuse du poignet et l'autre d'une tuberculose papulo-nécrotique.

AUDRY a observé un psoriasique porteur d'une tuberculose verruqueuse du pied; une tuberculose pul-

monaire s'est déclarée et évolua rapidement vers l'exitus.

La fréquence de la coexistence des autres dermatoses avec le psoriasis n'est pas grande et ne permet pas de relier, en ce moment, l'origine du psoriasis à celle des autres affections cutanées.

II. COEXISTENCE DU PSORIASIS AVEC DES MANIFESTATIONS OSTEO-ARTICULAIRES

a) Rhumatisme psoriasique.

Les arthropathies psoriasiques ont engendré de nombreux travaux. Déjà BOURDILLON estimait que la fréquence du rhumatisme psoriasique est de 5 % du nombre de tous les malades porteurs de cette dermatose. BALZER et BURNIER constatent seulement 1 % à 3 % de psoriasiques atteints de rhumatisme. En fait, cette proportion est plus grande d'après COSTE et FORESTIER.

En 1903, ADRIAN a réuni déjà 37 cas et FABRE y ajouta 29 cas nouveaux. NOBLE croit qu'en tout, 300 observations existent, jusqu'à ce jour, de rhumatisme psoriasique. Mais de l'ensemble de ces travaux, une seule opinion se dresse; c'est celle de la ressemblance de l'arthropathie psoriasique au pseudo-rhumatisme tuberculeux de PONCET. C'était l'avis de BALZER et BURNIER, PONCET et LERICHE, GAUCHER, DANLOS, MENZEN, GAUCHER et ROSTAINE, MAURIN, LIPMANN, BESNIER, SPILLMANN et ses élèves, PELTGES et DESQUEYROUX et de nombreux autres auteurs, dont les articles et observations en font état. Il semble que les auteurs énumérés ci-dessus ne se sont pas trompés.

En effet, WEISSENBACH et MARTINEAU viennent de découvrir le bacille de Koch dans le liquide articulaire d'un sujet atteint de rhumatisme psoriasique et porteur de ganglions tuberculeux. Se servant de la technique de NÈGRE et VALTIS, les auteurs injectent méthodiquement et fréquemment l'extrait acétonique du bacille de Koch au cobaye; le bacille de Koch est prélevé du liquide articulaire. Ils pratiquent de nombreuses réinoculations et sacrifiant les cobayes ils constatent des lésions et trouvent dans leurs organes et ganglions le bacille tuberculeux.

Tout récemment, MARGAROT et RIMBAUD ont observé une complication, consistant en des abcès froids et arthrite bacillaire manifeste, chez un psoriasique rhumatisant.

Nous nous gardons bien d'en conclure que rhumatisme articulaire de Poncet et psoriasis arthropatique font une maladie relevant d'un seul agent — le bacille de Koch. Toutefois, nous ne pouvons pas nier que les faits mentionnés plus haut sont très suggestifs.

b) Rhumatisme blennorrhagique.

La grande ressemblance clinique du syndrome de VIDAL-JACQUET avec les efflorescences rupioides, de certains psoriasiques arthropaties, a fait de bonne heure songer à une identité de ces affections.

Déjà DARIER en 1903 avait rapproché les deux affections et de nombreux auteurs l'ont suivi dans cette

voie. Il arrive même que les deux maladies soient fréquemment confondues. C'est le cas d'ADAMSON, qui a publié 4 observations relatives à cette association. Sur les 4 cas, 3 malades n'avaient pas d'antécédents de gonorrhée, mais on croyait d'abord à une kératose, ensuite on opta pour un psoriasis arthropathique. Le quatrième malade avait eu la blennorrhagie 15 ans auparavant et des lésions de psoriasis typique.

BALZER et DESHAYES ont présenté une femme de 24 ans avec psoriasis typique au cours d'une infection gonococcique. LÉVY-FRANCKEL estime que histologiquement il n'y a que des différences minimales entre la kératose blennorrhagique et le psoriasis, et à ce propos, il cite l'histoire d'une jeune fille chez laquelle une kératose blennorrhagique primitive s'est transformée, après un long délai, en éléments psoriasiques.

CIVATTE est du même avis que LÉVY-FRANCKEL, et affirme que chaque élément de kératose pourrait être comparé à un gigantesque micro-abcès.

LÉVY-FRANCKEL avec d'autres auteurs, pour interpréter la pathogénie de lésion qu'a présentée sa malade dit que la malade, d'après lui, serait un sujet atteint de diathèse parakératosique de Samberger. Mais le sujet atteint de cette prédisposition fera forcément un psoriasis ou une kératose; si ce prédisposé est soumis à l'action d'un facteur X, agent encore indéterminé du psoriasis, il deviendra psoriasique; si au contraire une septicémie gono avec loca-

lisation cutanée s'installe, le sujet fera une kératose. Il peut arriver que cette prédisposition reste latente et qu'aucune de ces deux éventualités ne se reproduise.

III. MANIFESTATIONS VISCERALES CHEZ LES PSORIASIQUES

a) Tuberculose.

GAUCHER dans son traité des maladies de la peau signale la grande fréquence du psoriasis dans les familles de tuberculeux. Depuis lui, de nombreuses publications sont venues corroborer cette opinion. PONCET et LERICHE, n'hésitent pas à considérer le psoriasis comme étant de nature tuberculeuse, à cause de la fréquence des associations de cette dermatose avec les arthropathies ankylosantes, qui sont d'origine bacillaire.

GAUCHER reprenant ses travaux à ce sujet, écrit dans la Gazette des Hôpitaux (1912) : « J'ai vu bien souvent des enfants d'une même famille entachée de tuberculose présenter : les uns du psoriasis, les autres des manifestations franchement bacillaires. Le psoriasique lui-même, primitivement indemne de localisations bacillaires, présente bien des fois, dans le cours de son existence, des atteintes de tuberculose ». BALZER et BURNIER observent un malade de 53 ans, psoriasique et porteur de lésions d'arthrite déformante, chez lequel l'intradermo réaction à la tuberculine était positive. De plus, le malade présentait

une lésion d'un sommet pulmonaire. AUDRY, en sa thèse, cite deux observations de malades tuberculeux pulmonaires psoriasiques.

LÉVY-FRANCKEL, cherchant à établir la réaction des psoriasiques à la tuberculine, pratique 5 intra-dermo réactions par la technique de PIRQUET et obtient 2 résultats positifs. LÉVY-FRANCKEL et JACOB, en étudiant à la radioscopie les poumons des sujets atteints de psoriasis relèvent sur 44 examens, 27 lésions pulmonaires nettes et 6 lésions minimales. JACOB, dans sa thèse, affirme, d'après ses recherches personnelles et investigations communes avec LÉVY-FRANCKEL, avoir trouvé que :

50 % des psoriasiques ont des antécédents tuberculeux personnels.

20 % des psoriasiques sont des tuberculeux cliniquement certains.

65 % présentent à l'examen de l'appareil pleuro-pulmo-ganglionnaire des lésions bacillaires, dont 54 % avec lésions nettes.

Malgré cela la tuberculino-réaction et le sérodiagnostic d'ARLOING et COURMONT s'avèrent souvent négatifs. L'examen du sang révèle dans 4 cas sur 9, du bacille de Koch avec coexistence des bacilloles cliniquement et radioscopiquement décelables.

NICOLAS et LEBEUF en examinant l'appareil pulmonaire de 54 psoriasiques trouvent dans 1/3 de cas des lésions tuberculeuses.

GOUGEROT, COSTE et SAENZ ont étudié le sang des psoriasiques et l'inoculèrent aux cobayes; les produits

cutanés des psoriasiques avaient été inoculés aux cobayes par les mêmes auteurs et sur un chiffre global de 26 psoriasiques, ils ont constaté que :

15 malades avaient des antécédents suspects de tuberculose.

2 inoculations du sang étaient positives contre 6 négatives non concluantes et 11 franchement négatives.

12 inoculations d'éléments cutanés ont donné des réponses négatives, dont une négative non concluante et 11 franchement négatives.

Tout dernièrement SOWINSKI publia le résultat de ces investigations sur les rapports possibles entre l'infection tuberculeuse et le psoriasis. Dans ce but, il fit des intra-dermo réactions et des radiographies. Voici le résultat :

Sur 112 malades examinés :

26 % présentaient des lésions pulmonaires et ganglionnaires; 12,5 % des lésions pulmonaires seulement et 52 % des adénopathies suspectes. La cuti-réaction à la tuberculine était positive dans 77 % des cas, douteuse dans 15 % seulement, négative dans le reste des cas, soit 8 %. De plus, des inoculations pratiquées chez les cobayes avec les productions psoriasiques sont restées toutes négatives, mais par la suite, ces cobayes présentèrent des tuberculino-réactions (MANTOUX) positives, alors qu'elles restèrent négatives chez les animaux témoins.

Nous dirons donc, en résumant ce qui précède, que les psoriasiques sont assez souvent atteints ou suspects de lésions tuberculeuses et l'on peut très fré-

quemment déceler les lésions bacillaires, soit cliniquement, soit pour la radiographie; que l'on peut dans certains cas trouver le bacille de Koch dans leur sang, sans que cela se traduise par quoi que ce soit en clinique.

b) Troubles endocriniens.

Toutes sortes de troubles endocriniens ont été signalés. Pour SAMBERGER, le thymus serait déficient chez le psoriasique; l'extrait thymique, administré d'une façon prolongée répare cette insuffisance et améliore souvent le psoriasis. En effet, BROCK a vu le psoriasis s'aggraver quand on irradiait le thymus avec des doses massives de rayons X et au contraire s'améliorer, quand de petites doses excitantes avaient été administrées. De là, le rôle qu'on attribua au thymus dans l'étiologie et pathogénie du psoriasis. SPILLMAN et WINSTEL obtiennent des guérisons du psoriasis par l'extrait thymique.

LESZCZYNSKI considère que le psoriasis est dû à une insuffisance pluriglandulaire et la glande la plus déficiente est la parathyroïde.

Sur 245 psoriasiques, l'auteur trouve 72 signes de Chwostek. Récemment, le même auteur publia 3 cas analogues et traita deux d'entre eux avec des extraits polyglandulaires avec beaucoup de succès. C'est surtout aux thymus, parathyroïde et l'hypophyse que l'auteur attribue le rôle étio-pathologique. L'observation de SERGENT et ses élèves concorde en beau-

coup de points avec l'hypothèse de LESZCZYNSKI. Il s'agit d'un psoriasique atteint de tétanie spontanée pouvant être reproduite par hyperpnée provoquée. WILSON administre aux psoriasiques de l'extrait parathyroïdien avec de bons résultats.

VURCHIO ne peut pas confirmer le point de vue de LESZCZYNSKI, car sur 26 malades, il trouve 17 calcémies normales, 2 diminutions, 2 augmentations marquées et 2 signes de Chwostek. Du reste, LABBÉ, WEISSENBACH trouvent, chacun de son côté, des hypercalcémies notables chez des psoriasiques arthropathiques, sans que la parathyroïdectomie les influence.

Les troubles thyroïdiens seraient pour certains auteurs en cause. MEINER en rapporte une observation. ENGLISH obtient un résultat remarquable par l'extrait thyroïdien chez une myxœdémateuse; MOLINIÉ constate un goître familial chez un psoriasique. Léopold LÉVI publie un cas semblable. Ceci pour les insuffisances thyroïdiennes. On a aussi signalé des cas de hyperthyroïdie, MICHON en présenta un cas, SPILLMANN et WINSTEL, deux. LÉVI-FRANCKEL obtient sur 45 malades, 50 % d'améliorations, en irradiant la thyroïde et la glande surrénale.

L'hypophyse aussi joue un rôle d'après NAVARRO et PARDAL, qui ont observé deux jeunes malades, dont un acromégale et l'autre atteint d'infantilisme.

STUMPKE cite un psoriasique acromégalique. WATRIN rapporte un cas de syndrome adiposo-génital. BUSCHKE et CURTH ont trouvé 5 augmentations de la selle turcique sur 30 malades.

On a même signalé des cas de guérison ou d'aggravation de psoriasis après la grossesse. C'est le cas de la malade de LEDO. La glande surrénale avait été incriminée par RICHTER, LÉVY-FRANCKEL et JUSTER.

Le pancréas par NAGELSCHMIDT, RAVAUT et ses élèves, ainsi que LORTAT-JACOB, SPILLMANN et WATRIN. LOUSTE et LÉVY-FRANCKEL essayèrent l'insuline chez les insuffisants hépatiques et pancréatiques, tout comme RAVAUT et ses élèves, mais n'obtinrent pas des résultats satisfaisants, sauf RAVAUT dans le cas de grande insuffisance hépatique.

Il semble que toutes les glandes participent en quelque mesure dans le psoriasis. Parmi elles le thymus et la parathyroïde paraissent être les principaux facteurs. Mais aucune conclusion définitive ne peut être tirée de qui précède; car il ne faut pas oublier que les glandes se suppléent et il est difficile de faire la part de chacune d'entre elles.

c) Syphilis et ses complications nerveuses.

BAZIN disait que « la syphilis éveillait la dartre ». BESNIER confirmait le mot de Bazin et pensait que l'association de la syphilis et psoriasis n'est pas rare. Dernièrement LÉVI-FRANCKEL et JUSTER, ont constaté que l'hérédo-syphilis favorisait l'éclosion de psoriasis.

Nous avons trouvé les observations suivantes : MENZEN a vu 11 syphilitiques sur 1.000 psoriasiques.

FAIVRE, SCHAMBERG, LIPSCHUTZ, PAROUNAGIAN ont publié des articles avec des observations à ce sujet. Mais je crois utile d'étudier certaines observations avec plus de détail.

BALZER et Mlle CONDAT font un diagnostic, chez un sujet à syphilis primaire, des syphilides psoriasiformes. Comme le traitement antispécifique ne donne pas de résultat, ils examinent le malade de nouveau et le grattage méthodique de l'éruption leur permet de faire le diagnostic de psoriasis vrai. Le contraire peut aussi arriver.

Ainsi FORDYCE signale le cas d'une syphilis cutanée diagnostiquée au début psoriasis.

GOUGEROT et BLUM, eux aussi, pensent que la syphilis crée un terrain favorable au psoriasis. Ils ont même vu des malades syphilitiques porteurs de parakératose psoriasiforme, transformer cette dernière en psoriasis vrai. Le syphilitique serait « un terrain psoriasique » comme le dit BLUM, qui va bientôt publier le résultat de ses recherches à ce sujet.

Peu de complications nerveuses d'origine syphilitique avaient été signalées. BOURDILLON trouva une aortite chez un psoriasique, de même que GADRIAT et AVERSENQ, sans qu'on pût déceler le spirochète. CONRAD publia un cas de psoriasis se développant chez un tabétique.

De tout cela, il faut à notre sens retenir que la syphilis prédispose, dans une certaine mesure, au psoriasis.

a) *Maladies nerveuses.* — Très rares chez les pso-

riasiques. BODIN a vu une jeune malade avec un psoriasis apparu à la suite d'une forte terreur.

LÉVY-FRANCKEL a constaté chez un de ses malades une disposition zoniforme des éléments psoriasiques, apparue sur un endroit préalablement atteint de bulles de herpès zoster.

De même JEANSELME et TOURAME ont eu un malade, chez qui, après une grippe, des plaques de psoriasis se déclarèrent, disposées en bandes étroites et par leur topographie rappelant la disposition du zona.

MALET a étudié les lésions nerveuses chez les psoriasiques. Ce sont, en dehors de lésions de la peau, des lésions de nerfs à myéline qui y sont contenus, ainsi qu'un processus inflammatoire de leur cylindre.

L'interprétation de ces faits est encore difficile.

IV. HEREDITE DU PSORIASIS

JACOB (thèse de Paris, 1921) affirme que 10 % des psoriasiques ont un psoriasis héréditaire et familial.

HOEDE admet l'idée de l'hérédité psoriasique comme probable. Cette notion d'hérédité du psoriasis peut-elle être conciliée avec les différents facteurs étiologiques envisagés ?

Elle nous paraît contradictoire avec la conception du psoriasis-allergide mycosique; elle s'accorderait par contre avec la notion de l'origine endocrinienne, syphilitique ou tuberculeuse.

CONCLUSIONS

1) Les affections cutanées chez les psoriasiques, autres que le psoriasis, ne sont pas très fréquentes.

2) Les sujets atteints de psoriasis peuvent en même temps être porteurs de gale et des pyodermites diverses, tout comme un sujet normal. Les psoriasiques sont rarement atteints de mycoses.

3) Aucun renseignement d'ordre étiologique ou pathogénique ne peut être tiré de ces coexistences, vu leur rareté.

4) La kératose blennorrhagique simule très souvent le psoriasis arthropathique.

5) L'arthropathie psoriasique ressemble étrangement, au point de vue clinique, au pseudo-rhumatisme tuberculeux de PONCET. On trouve parfois le bacille de Koch dans le liquide articulaire des psoriasiques, atteints d'arthropathies.

6) Les sujets psoriasiques ont souvent des antécédents tuberculeux soit personnels, soit collatéraux. Ils peuvent être porteurs des lésions bacillaires et parfois le bacille de Koch peut-être mis en évidence dans leur sang.

7) La syphilis crée un « terrain psoriasigène » (GOUGEROT et BLUM) et prédispose au psoriasis.

8) Des troubles glandulaires sont fréquemment notés chez les psoriasiques. Un certain nombre d'entre eux se trouvent bien influencés par le traitement opothérapique.

9) L'hérédité psoriasique, qui est mise en évidence chez 10 % des malades, ne pourrait être conciliée avec la conception psoriasis-allergide mycosique. Elle concorde plutôt avec la conception du psoriasis, manifestation tuberculeuse, endocrinienne ou syphilitique.

10) Aucune conception étiologique ou pathogénique certaine ne peut être élaborée pour le moment de l'ensemble des coexistences morbides chez les psoriasiques.

Le Doyen,
G. ROUSSY.

Le Président de la Thèse,
GOUGEROT.

Vu et permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ADAMSON. — Keratoderma blennorrhagica is it a form of psoriasis ? *British Journal of Dermatology*. Juin 1920, p. 183.
- AUDRY. — Psoriasis et tuberculose. *Annales de Dermatologie*, 1913, p. 99.
- BABAN. — Patientin mit Lues und Psoriasis. *Archive für Dermat.* Avril 1912, p. 401.
- BALZER et Mlle CONDAT. — Syphilis et psoriasis. *Bull. Soc. Derm.* mars 1912, p. 115.
- BALZER et DESHAYES. — Psoriasis atypique au cours d'une infection blennorrhagique. *Bull. Soc. Derm.* 1906.
- BALZER et BURNIER. — Psoriasis et Arthropathie. *Bull. Soc. Derm.* Mai 1911, p. 179.
- BETHMAN. — Ueber vitiligo und Psoriasis. *Archives für Dermat.* Mai 1912, p. 121.
- BODIN. — Psoriasis à la suite d'un choc nerveux. *Bull. Soc. Scientifique et Médicale de l'Ouest*, 1904, p. 231.
- CONRAD. — Psoriasis in a case of tabes dorsalis. *Saint-Louis Dermat. Society*. Mai 1924.
- DARIER. — Précis de Dermatologie.
- DANLOS. — Psoriasis et Synovite fongueuse. *Bull. Soc. Derm.*, 1904.
- DELLING. — Mann mit Skabiès, Psoriasis und trichophytia superficialis. Demonstrationen der chemnitzer Hautärzte. Janv. 1926.
- DUDUMI. — Un cas de lupus eritematis si psoriasis vulgar. *Presa medicala romana*, 15 mai 1901, p. 151.
- EPSTEIN. — Ein fall von Psoriasis mit Arthropathie. *Berliner Klinische Wochenschrift*. 5 avril 1914, p. 672.
- FAIVRE. — Psoriasis et syphilis. *Bull. Soc. Derm.* Avril 1899.

- FORESTIER et COSTE. — Remarques sur le rhumatisme psoriasique. *Revue du Rhumatisme*, 1935, p. 554.
- FORDYCE. — Psoriasis and syphilis. *Medical Record*, 1901, p. 85.
- FOX. — Psoriasis on patches of alopecia areata. *New-York Dermat. Soc.*, 23 janvier 1923.
- GADRAT et AVERSENQ. — Psoriasis arthropathique et aortite. *Bull. Soc. Derm.* Avril 1933, p. 629.
- GAY PRIETO. — Relaciones entre psoriasis y pityriasis rubra pilaris. *Actas. Dermosifilogr.* Fév. 1934, 345.
- GOTTHEIL. — Lichen planus universalis and psoriasis. *Manhattan dermat. Soc.* 1^{er} juin 1906.
- GAUCHER et ROSTAINE. — Psoriasis et Arthropathies. *Bull. Soc. Dermat.* Mai 1903.
- GAUCHER. — *Traité de maladies de la peau* 1907.
- GOUGEROT et BLUM. — Psoriasis atypique et parakeratosis psoriasiformes. *Paris Médical.* Janvier 1930.
- GOUGEROT, COSTE, SAENZ. — Psoriasis et bacillémie tuberculeuse. *Revue du rhumatisme.* Juin 1935, p. 461.
- GUILLAUD-VALLÉE. — L'origine allergique du Psoriasis. *Thèse de Paris*, 1933.
- HUNT. — Psoriasis and rheumatism. *Lauret*, 1933, p. 351.
- HOEDE. — Psoriasis und innere sekretion. *Kensche Wehschi.* 2 août 1930, p. 1478.
- HALLOPEAU et TEISSIERE. — Gale et psoriasis. *Bull. Soc. Dermat.* 2 juin 1904.
- HUET. — Furoncles et psoriasis. *Bull. Soc. Dermat.* n° 4. avril 1930.
- JACOB. — *Thèse de Paris.* 1921.
- JEANSELME. — Psoriasis et arthropathies. *Bull. Soc. Derm.*, 1911.
- JEANSELME et TOURNAINE. — Psoriasis zoniforme. *Bull. Soc. Dermat.*, 1919, p. 47.
- JAUSION et GUILLAUD-VALLÉE. — L'allergie mycosique dans le psoriasis. *Soc. Méd. des Hôpitaux*, 1932.
- JAUSION et PECKER. — Le lichen plan. *Journal de Méd. et chirurgie pratiques.* Fév. 1932.
- JAUSION et PARROT. — A propos de l'origine mycosique pos-

- sible de certains cas de lichen plan. *Bull. Soc. Derm.* janvier 1931.
- KINGSBURY. — Psoriasis, vitiligo and syphilis. *New-York Dermat. Soc.* janvier 1912.
- LABBÉ, BOULIN et BEZANÇON. — Rhumatisme chronique et psoriasis. *Revue du rhumatisme*, fév. 1934.
- LAURENT. — La gale et le Psoriasis. *Loire méd.* Mai 1923.
- LEVY-FRANCKEL. — in communication, Laurent.
- LÉVY-FRANCKEL. — L'étiologie du psoriasis. *Urologie and cutaneous review*, 1.114, p. 325.
- LÉVY-FRANCKEL. — Kératoses blennorragique et psoriasis. *Pratique Médicale Française*, Juin 1931.
- LÉVY-LÉOPOLD. — Psoriasis et rhumatisme chronique. *Comptes rendus de la Soc. Biologie*, 1913.
- LIPMAN-WULF. — Über psoriasis und Gelenkerkrankungen. *Berliner Dermat. Gesellschaft*, Juin 1903.
- LIPSCHUTZ. — Fall von Psoriasis und Lues. *Arch. für Dermat.* Juillet 1909, p. 115.
- LORTAT-JACOB et SOLENTE. — Le syndrome Vidal-Jacquet. Communication. *Bull. Soc. Derm.* 1924, p. 244.
- LOUSTE, LÉVY-FRANCKEL et JUSTER. — A propos de la communication de MM. RAVAUT, BITH et DUCOURTOUX. *Bull. Soc. Derm.* Mars 1925.
- LOUSTE, LÉVY-FRANCKEL et CAILLEAU. — Lupus érythémateux et psoriasis. *Bull. Soc. Derm.* février 1933.
- LUDERMAN. — Psoriasis und vitiligo. *Berliner Dermat. Gesellschaft*, Mai 1924.
- MALET. — Les altérations nerveuses dans le psoriasis. *C. R. Soc. de Biologie*, Nov. 1928, p. 1450.
- MARGAROT. — Psoriasis et grossesse. *Gazette médicale française*, déc. 1931.
- MAURIN. — *Thèse de Bordeaux*, 1913.
- MENZEN. — Über Gelenkerkrankungen bei Psoriasis. *Archiv für Dermatologie*, Juin 1914, p. 239.
- MOLINIÉ. — Observation de polyarthrite déformante progressive avec goître; psoriasis chez un descendant. *Bull. Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, Octobre 1908, p. 369.

- MORRIS. — Pityriasis rubra following. Psoriasis, etc. *British journal of Dermat.* Août 1909.
- NAVARRO-MARTIN et CARRASO PARDAL. — Dos casos de psoriasis con sindroma hipofisario. *Actas dermat-sifiligráficas.* Juin 1930.
- NEUMAN. — Psoriasis und vitiligo. *Arch. für Derm.* t. 51, p. 291.
- NICOLAS et LEBEUF. — Psoriasis et tuberculose. *Annales de Dermatologie*, nov. 1927.
- NICOLAS et ROUSSET. — Coexistence de psoriasis et lichen plan. *Bull. Soc. Derm.* Mars 1935, p. 377.
- PARL. — Hyperkeratosen und Pyodermies bei psoriasis. *Dermat. Wechschr.* Mai 1920, n° 637.
- PARONOUAGIAN. — Psoriasis and syphilis. *Manhattan dermat. Society.* Janvier 1925.
- PERIN et VRETTAKIS. — Impetigo et psoriasis. *Bull. Soc. Derm.* fév. 1930.
- PETGES et DESQUEYROUX. — Tuberculose inflammatoire et psoriasis. *Annales de Dermatologie.* Mars 1913.
- PURCKCHAUER. — Psoriasis und alopecia. *Zentralb. für Haut und. Geschlechtskr.* Avril 1932.
- RISTENBERG. — Psoriasis and lichen planus. *New-York Academy. Méd. Dermat. Section*, 8 mai 1922.
- SAMBERGER. — Neue Erkenntnisse über das Wesen der Psoriasis. *Dermat. Wochenschrift.* février 1930.
- SERGEANT, MAMÔU et DEBRAY. — Psoriasis arthropathique et gl. endocr. *Gaz. des Hôpitaux*, 1935.
- SCHAUMAN. — Psoriasis et Lupus associés. *Bull. Soc. Derm.* avril 1928.
- SPILLMANN et WEISS. — Psoriasis et arthropathies. *Bull. Soc. Derm.* Janvier 1931.
- SPILLMANN et WINSTEL. — Psoriasis, eczéma et opothérapies. *Bull. Soc. Derm.* 1925.
- SOWINSKI. — La tuberculose comme facteur étiol. du psoriasis. *Annales de dermat.* 1928, p. 1.007.
- TURNACLIFF. — Psoriasis and syphilis. *Archives of Dermat.* 1932 p. 1.135.

- TROXELL. — Psoriasis developping in areas of vitiligo. *Archives of Dermat.* Décembre 1932, p. 1.152.
- VOHWINKEL. — Psoriasis arthropatica und alopecia totalis. *Dermat Wchschrift.* août 1889.
- VURCHIO. — Psoriasis e paratiroid. *Giorn. Ital. di dermat.* avril 1931.
- WATRIN. — Psoriasis et syndrome adiposo-génital. *Bull. Soc. Dermat.* Juin 1929.
- WEISSENBACH et MARTINEAU. — Démonstration de la nature tuberculeuse d'un cas de polyarthrite chronique et psoriasique. *Bull. Soc. Dermat.* Déc. 1933, p. 1754.
- WIGLEY. — Pityriasis rubra filaire followed by psoriasis. *Proceeding of the Roy. Soc. of Medecine, Sect. of Derm.* Juin 1929.

